

がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会(順天堂大学医学部附属静岡病院)  
参加申込書

申込期間 2019年9月30日～10月11日

※ 定員に達し次第締め切ります。

☆必ず eラーニング修了証書(写し) を添付して下さい☆

氏名・eラーニング ID	氏名 (ふりがな)	ID
所属施設名		
職種・所属科(部署)	医師・歯科医師・薬剤師・看護師・ その他 ( )	診療科(部署)
経験年数・役職	年目	役職
医籍登録年・番号	年	第 号
電話番号		
E-mailアドレス		
修了証書送付先	所属施設・自宅 (どちらか○をしてください) 〒	
氏名及び所属・所属科を公開することの同意 ※	同意します ・ 同意しません	

※ 緩和ケア研修会修了者について、厚生労働省及び県が氏名及び所属・所属科を公表することがあります。

【申込み・問合せ先】

順天堂大学医学部附属静岡病院 がん治療センター 鈴木

F A X : **055-948-3191**(直通)

E-mail: **yk-suzuki@juntendo.ac.jp**

T E L : **055-948-3111**(内線:7646)